

## Beata Ogórek-Tęcza<sup>1</sup>, Elżbieta Kaczmarska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Środowiskowy Dom Samopomocy w Wolbromiu, Wolbrom

# Nawyki żywieniowe a jakość życia pacjentów rehabilitowanych w środowiskowych domach samopomocy

Eating habits to the quality of life of the patients rehabilitated at self-help homes

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nawyki żywieniowe w znaczącym stopniu wpływają na zdrowie, samopoczucie oraz występowanie i intensywność objawów chorób występujących wśród pacjentów rehabilitowanych w środowiskowych domach samopomocy. Czynniki te mają znaczenie nie tylko w kwestii obiektywnej oceny zdrowia pacjentów, ale też są istotne w subiektywnym postrzeganiu własnej kondycji zdrowotnej, a co za tym idzie – percepcji jakości życia. Wyższy poziom wiedzy dotyczącej odżywiania, modyfikacja nawyków żywieniowych, czy istnienie wspierających relacji społecznych mogą wpływać na proces rehabilitacji i lepszą jakość życia jej uczestników.

**Cel.** Celem pracy było ustalenie zależności między nawykami żywieniowymi a jakością życia pacjentów rehabilitowanych w środowiskowych domach samopomocy.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto grupę stu osób biorących udział w terapii w środowiskowych domach samopomocy. W celu oceny wiedzy i nawyków żywieniowych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankiety. Dokonano także pomiarów antropometrycznych, na podstawie których wyliczono wskaźnik masy ciała (BMI). Oceny jakości życia dokonano za pomocą skali WHOQOL-BREF.

**Wyniki.** Badanie zależności pomiędzy poprawnością nawyków żywieniowych a jakością życia respondentów wykazało, że im lepsze nawyki żywieniowe, tym wyższa jakość życia w dziedzinie psychologicznej osób badanych. Jakość życia w domenach somatycznej i socjalnej okazała się zależna od deklarowanego poziomu wiedzy. Z badań wynikało także, że jakość życia osób badanych w żadnej z dziedzin nie zależy od BMI jej uczestników.

**Wnioski.** Identyfikowanie i ocena wybranych aspektów życia osób badanych mających wpływ na ich zdrowie oraz szacowanie jakości życia w kontekście nawyków żywieniowych może służyć do planowania indywidualnego podejścia edukacyjnego do pacjenta oraz dostosowania optymalnej oferty rehabilitacyjnej.

**Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 508–514**

**Słowa kluczowe:** nawyki żywieniowe; jakość życia; środowiskowy dom samopomocy

### ABSTRACT

**Introduction.** Eating habits of the patients rehabilitated at environmental self-help homes have a significant influence on their health, well-being and the intensity with which disease symptoms appear. These factors are important not only in an objective evaluation of patients' condition but also in patients' subjective perception of their health and, consequently, the quality of their life. A higher level of knowledge about nutrition, modification of eating habits and supportive social relations may affect the rehabilitation process and patients' quality of life.

**Adres do korespondencji:** dr Beata Ogórek-Tęcza, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 12 633 62 59, e-mail: mhteczka@cyf-kr.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0083

**Aim.** The study was aimed at defining the relationship between the eating habits and the quality of life of the patients rehabilitated at environmental self-help homes.

**Material and methods.** The study was carried out in the group of one hundred patients participating in a therapy at environmental self-help homes. In order to eating habits a diagnostic survey method was used with the application of a questionnaire. Anthropometric measurements were taken in order to calculate patients' body mass index (BMI). The quality of life was evaluated by means of WHOQOL-BREF scale.

**Results.** The study of the relationship between appropriate eating habits and the respondents' quality of life proved that the better eating habits, the higher quality of life in the psychological sphere. As far as the somatic and social spheres were concerned the quality of life was closely related to the declared level of knowledge. The study also implied that the quality of their life does not depend on their BMI.

**Conclusions.** Identification and evaluation of selected aspects of the patients' life which affect their health as well as evaluation of their quality of life as far as their eating habits are concerned may be applied to assess and plan an individual approach to the patient based on the acquired information, and adjust the optimal forms of therapy for the smooth progress of rehabilitation.

**Nursing Topics 2015; 23 (4): 508–514**

**Key words:** nutrition; eating habits; quality of life; environmental self-help home

## Wstęp

Niewłaściwe odżywianie jest przyczyną wielu chorób, powstających zarówno na tle niedoborów, jak i nadmiaru niektórych składników odżywczych w diecie [1]. Przyczyny nieprawidłowych nawyków żywieniowych mogą wynikać z braku wiedzy na temat aktualnych zaleceń dietetycznych, przejętych od rodziny pokoleniowej, zasad żywienia bądź przyzwyczajęń żywieniowych oraz niskiej świadomości konsekwencji zachowań zdrowotnych zarówno w sferze odżywiania, jak i stylu życia. Utrwalone przez lata błędy w nawykach żywieniowych skutkują zdecydowanie gorszym przyswajaniem składników odżywczych, a także utrwalonym niedoborem, zaburzeniom przemiany materii na poziomie komórkowym, wpływając tym samym na upośledzoną farmakokinetkę, co jest szczególnie niekorzystne dla osób chorujących na schorzenia przewlekłe [2].

Zaburzenia odżywiania u pacjentów z rozpoznаныmi psychozami stanowią podwójny problem, ponieważ zakres ich możliwości poznawczych jest często upośledzony, zarówno wskutek choroby, jak i przyjmowanych leków. Okres pobytu pacjentów w środowiskowych domach samopomocy stwarza możliwość dokonywania zmian związanych ze stylem życia, zwłaszcza zaś prawidłowego odżywiania, ze względu zarówno na remisję choroby, jak i długi czasookres korzystania z tego rodzaju świadczeń medycznych. Zgodnie z założeniami środowiskowe domy samopomocy mają za zadanie zapewniać wsparcie i pomoc pacjentom w różnych zakresach, między innymi podtrzymywać i rozwijać umiejętności uczestników niezbędne do samodzielnego funkcjonowania [2]. W związku z tym diagnoza istniejących nawyków żywieniowych oraz jego wpływu na jakość życia uczestników tego rodzaju rehabilitacji psychiatrycznej wydaje się szczególnie ważna.

Na sposób odżywiania uczestników terapii środowiskowych domów samopomocy mają wpływ różne czynniki, w tym ich problemy zdrowotne, sytuacja rodzinna i ekonomiczna, czasem czynniki religijne [3]. Model żywienia oparty na nadmiernym spożywaniu żywności zwykle wysoko przetworzonej lub charakteryzującej się niewłaściwym zbilansowaniem składników odżywczych jest przyczyną wzrostu zachorowalności społeczeństwa na przewlekłe choroby niezakaźne, co ma także odzwierciedlenie w ich jakości życia [4].

Obecność objawów schorzeń współistniejących, których podłożem jest nieprawidłowe żywienie może w znacznym stopniu utrudniać rehabilitację, być przyczyną przeciwwskazań do podejmowania zaleconych form terapii, absencji na zajęciach rehabilitacyjnych z powodu konieczności hospitalizacji, co jednocześnie niekorzystnie wpłynie na jakość życia pacjentów.

Upowszechnienie wiedzy o żywieniu oznacza jej propagowanie, rozpowszechnianie lub wprowadzanie do powszechnego stosowania [2]. W znacznym stopniu zadanie to spoczywa na pielęgniarce przez kształtowanie prozdrowotnych poglądów, postaw i zachowań żywieniowych u pacjentów. Dieta obok sposobu i warunków życia, jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie i jakość życia człowieka [4].

Liczne badania dowodzą, że do najważniejszych komponent jakości życia należy zdrowie [5]. Ocenę subiektywną jakości życia charakteryzuje zmienność wynikająca z wpływu czynników zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych, którymi są: stan somatyczny, sprawność fizyczna, samopoczucie, stan psychiczny oraz kontakty społeczne badanej osoby [6]. Wpływ sposobu żywienia na utrzymanie zdrowia i dobrego samopoczucia osób dotyczy każdego, niezależnie od wieku. U pacjentów starszych wpływa również na

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy**Table 1.** The characteristics of the study group

Dane demograficzne	N	%
Płeć		
Kobiety	44	44
Mężczyźni	55	55
Brak danych	1	1
Wiek		
20–30 lat	10	10
31–40 lat	19	19
41–50 lat	26	26
51–60 lat	24	24
61–70 lat	21	21
Wykształcenie		
Podstawowe	24	24
Zawodowe	29	29
Średnie	38	38
Wyższe	3	3
Brak odpowiedzi	6	6
Stan cywilny		
Związek małżeński	57	57
Stan wolny	21	21
Rozwiedziona/y	9	9
Wdowa/wdowiec	7	7
Brak danych	6	6
Miejsce zamieszkania		
Miasto	56	56
Wieś	42	42
Brak danych	2	2

zdolność do szybkiej rekonwalescencji w związku z częściej występującymi u nich chorobami [7].

Udział w terapii w środowiskowym domu samopomocy stwarza pacjentom możliwości wszechstronnej opieki uwzględniającej aktualne potrzeby i problemy zdrowotne. Istniejące deficyty emocjonalne, społeczne, poznawcze także objawy wynikające z obecności współistniejących schorzeń dietozależnych i innych, które odpowiednio wcześniej zdiagnozowane zapobiegają powikłaniom, jednocześnie powodując poprawę jakości życia pacjentów [7].

### Cel pracy

Celem pracy było ustalenie zależności między nawykami żywieniowymi a jakością życia pacjentów

rehabilitowanych w środowiskowych domach samopomocy.

### Materiał i metody

Badaniami objęto 100 osób, u których uprzednio rozpoznano schizofrenię lub depresję, będących w okresie remisji choroby, uczestniczących w terapii w środowiskowych domach samopomocy w Wolbromiu, Miechowie, Olkuszu, Woli Zachariaszowskiej i Kolbarku. Osoby badane nie wykazywały ostrych zaburzeń psychicznych, co warto podkreślić objawy zaburzeń depresyjnych o charakterze przewlekłym, jak również rezydualne objawy schizofrenii są podobne i zakres problemów w sferze poznawczej jest zbliżony, ale nie wykluczający możliwości samodzielnego udziału w badaniach. Badania przeprowadzone zostały w okresie od marca do końca kwietnia 2014 roku. W pracy posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 41 pytań dotyczących nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej. Drugim narzędziem badawczym była skala do oceny jakości życia WHOQOL-BREF (skrótowa wersja składająca się z 24 pytań, obejmujących cztery domeny: somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową), do zastosowania której otrzymano zgodę Światowej Organizacji zdrowia (WHO, *World Health Organization*), *Health Statistics and Health Information Systems* (HSI). Dokonano także pomiarów antropometrycznych, obejmujących wzrost i masę ciała, na podstawie których wyliczono wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*). Badania przeprowadzono zgodnie z Deklaracją Helsińską.

### Wyniki

Wśród uczestników badania znalazło się 55% mężczyzn i 44% kobiety. Średni wiek ankietowanych wynosił 48,3 lat i wahał się w przedziale 20–70 lat. Najliczniejszą grupą uczestników badania były osoby w wieku 41–50 lat (26%), a najmniej liczną badani w przedziale wieku 20–30 lat (10%). Wśród osób badanych większość (38%) posiadało wykształcenie średnie, a jedynie 3% badanych ukończyło szkołę wyższą. Grupa osób badanych była zróżnicowana pod względem stanu cywilnego. Zauważalna była wyraźna przewaga osób niebędących w związku małżeńskim (57%). Spośród uczestników badania 56% mieszkało w mieście, a 42% na wsi (tab. 1).

Na podstawie wyników antropometrycznych ustalono, że BMI 54% uczestników badania miało prawidłową masę ciała, natomiast 31% cechowała nadwaga. U 12% badanych osób stwierdzono otyłość I stopnia, a u 3% niedowagę.

Respondentów zapytano o ogólne informacje dotyczące na przykład liczby spożywanych posiłków i płynów dziennie, jak również szczegółowych prefe-

**Tabela 2.** Wybrane produkty żywnościowe stosowane przez badanych oraz częstość ich spożywania**Table 2.** Selected nutrition products eaten by the surveyees and the frequency of their consumption

Wybrane produkty stosowane w diecie	Częstość spożywania				
	Codziennie	3 × w tyg.	2 × w tyg.	1 × w tyg.	Różnie
Nabiał	32%	22%	27%	13%	6%
Tłuszcze zwierzęce	55%	25%	25%	0%	0%
Węglowodany proste	42%	36%	12%	3%	7%
Mięso	16%	15%	24%	10%	32%
Ryby	2%	5%	25%	21%	47%
Warzywa	29%	23%	24%	16%	8%
Owoce	40%	17%	15%	22%	6%

rencji dotyczących nawyków żywieniowych. Dane te uzupełniono pytaniami dotyczącymi preferowanej obróbki produktów, stosowania używek, spożycia soli i cukrów prostych.

Połowa uczestników badań deklarowała spożywanie trzech posiłków w ciągu dnia, a 25% ankietowanych czterech posiłków. Tylko dwa posiłki dziennie spożywało 17% badanych osób, natomiast 4% respondentów odżywiało się regularnie, przyjmując pięć posiłków dziennie. Nieznaczny odsetek badanych (4%) spożywał różną liczbę posiłków, w zależności od dnia. Grupę badanych zapytano o ilość wypijanych w ciągu doby płynów. Na to pytanie 43% spośród uczestników badania odpowiedziało, że wypijało około 1 litra płynów w ciągu doby, a 22% badanych około 2 litrów. Tylko pół litra płynów w ciągu doby spożywało 20% osób badanych, natomiast 8% respondentów potwierdziło, że jedynie 250 ml dziennie. Na powyższe pytanie 4% uczestników badania odpowiedziało, że ilość spożywanych płynów była różna, w zależności od dnia. Załedwie 3% respondentów zadeklaroowało, że w ciągu doby spożywało więcej niż 2 litry płynów. Badani wskazywali na spożywanie różnych grup produktów w codziennej diecie. Określali także częstość ich stosowania w ciągu tygodnia. W tabeli 2 przedstawiono wybrane produkty żywnościowe stosowane przez uczestników badania oraz częstość ich spożywania.

Analizując uzyskane wyniki w odniesieniu do zaleceń żywieniowych WHO, należy podkreślić, że osoby badane stosowały zbyt mało warzyw i owoców, natomiast zbyt dużo węglowodanów prostych i tłuszczów zwierzęcych.

Uczestników badania zapytano także o rodzaj tłuszczu, jakiego używali do smażenia podczas przygotowywania posiłków. Aż 65% do smażenia wykorzystywało olej roślinny, 19% stosowało tłuszcze zwierzęce, a 15% margarynę. Tylko 6% badanych

przygotowywało posiłki na bazie oliwy z oliwek, równie niewielu (5%) badanych używało innych tłuszczów (smalec, słonina) do smażenia.

Badani zapytani zostali o spożywanie soli, cukrów prostych i używek. Na pytanie czy dodatkowo dodaje Pani/Pan soli do posiłków aż 44% spośród uczestników badania odpowiedziało twierdząco. Dodatkowo nie stosowało soli do posiłków 26% uczestników badania, natomiast 21% respondentów starało się ograniczyć spożycie soli. Pozostałe 9% badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Badani oceniali również ilości spożywanej soli w ciągu doby. Aż 58% spośród nich spożywało jej mniej niż jedną łyżeczkę dziennie. Ponad jedna trzecia (36%) respondentów nie potrafiła określić dokładnie ilości soli stosowanej w diecie, 3% badanych używało jej więcej niż jedną łyżeczkę dziennie, również 3% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Odpowiedź na pytanie dotyczące spożycia cukrów prostych potwierdziła, że 88% spośród uczestniczących w badaniu korzystało z cukru w swojej diecie. Tylko 8% uczestników badania nie stosowało cukrów prostych. Na powyższe pytanie nie udzieliło odpowiedzi 4% respondentów.

Spożycie węglowodanów złożonych przez badane osoby przedstawiało się następująco, badani spożywali głównie pieczywo białe (73 %), jedynie 12% preferowało pieczywo razowe. Tylko 9% badanych deklaroowało spożywanie pieczywa z ziarnami, a 7% respondentów pieczywa ciemnego. Grupa 6% ankietowanych podała, że używa jeszcze inne rodzaje pieczywa.

W ramach oceny nawyków żywieniowych osoby badane poproszono o wskazanie, czym kierowali się w stosowanym przez siebie stylu odżywiania. Dla 62% spośród osób uczestniczących w badaniu głównym kryterium były upodobania smakowe. Aż 45% respondentów odpowiedziało, że jadło, aby zaspokoić głód. Znaczna grupa uczestników badania (30%)



**Tabela 3.** Zależność między nawykami żywieniowymi badanych a jakością życia**Table 3.** Relationship between eating habits and the quality of life

Dziedzina jakości życia	Korelacja między składowymi jakości życia a poprawnością nawyków żywieniowych			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Somatyczna	0,124	0,22	–	–
Psychologiczna	0,216	0,031	Dodatni	Słaba
Socjalna	0,138	0,169	–	–
Środowiskowa	0,143	0,155	–	–

kontynuowała przyzwyczajenia z domu rodzinnego, natomiast u 23% respondentów wybór uzależniony był od ceny produktów spożywczych. Grupa 23% uczestników badania podała, że jedzenie sprawiało im przyjemność, a tylko 16% badanych, wybierając produkty spożywcze, kierowało się wartością odżywczą produktów. Dość nieliczna grupa (16%) wybierała produkty oznaczone jako „zdrowa żywność”. Co warte podkreślenia nieznaczny odsetek badanych (3%) chętniej wybierał produkty reklamowane w mediach.

W badaniu zwrócono także uwagę na najczęściej występujące choroby, z których część jest wynikiem nieprawidłowego stylu życia. Wśród uczestników badania 49% osób leczyło się z powodu depresji, 28% miało rozpoznane nadciśnienie tętnicze, 17% respondentów chorowało na schorzenia dróg oddechowych, a 14% badanych na schorzenia kardiologiczne. Badane osoby cierpiały także na schorzenia nowotworowe (8%) oraz z powodu otyłości (8%). Nieliczne osoby chorowały na cukrzycę i choroby nerek (po 7%). Badani wymieniali także inne schorzenia, w związku z którymi leczenie zostało utrzymane (pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki nie sumują się do 100%). Niepokojącym jest fakt, że na pytanie dotyczące wskazań lekarskich dotyczących diety aż 62% spośród uczestników badania nie miało zaleconej specjalnej diety przez lekarza. Znacznie mniejsza liczba badanych stanowiąca 34% miała w ramach leczenia zleconą przez lekarza dietę. Niewielki odsetek badanych (4%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

W badaniach poszukiwano zależności pomiędzy nawykami żywieniowymi pacjentów środowiskowych domów samopomocy a jakością życia. Poprawność nawyków żywieniowych badanych określono, zliczając liczbę odpowiedzi świadczących o prawidłowym odżywianiu, dotyczyły one liczby kalorii spożywanych produktów, liczby posiłków spożywanych w ciągu doby, częstotliwości spożywania nabiału, mięsa, ryb, pieczywa, tłuszczu, węglowodanów, warzyw i owoców, a także spożycia soli i używek, a także sposobu obróbki produktów spożywczych. Maksymalnie badani mogli uzyskać 27 punktów, przyjęto, że im wyższa

liczba punktów, tym bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe cechują osobę badaną (tab. 3).

Wartość  $p < 0,05$  dla dziedziny psychologicznej oznacza, że istnieje zależność istotna statystycznie między poprawnością nawyków żywieniowych a psychologiczną domeną jakości życia. Zależność ta jest słaba i dodatnia, można zatem stwierdzić, że im bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe, tym lepsza jakość życia w dziedzinie psychologicznej.

W badaniu poszukiwano zależności pomiędzy deklarowanym poziomem wiedzy na temat prawidłowego żywienia pacjentów badanych, a ich jakością życia (tab. 4).

Wartości  $p$  z analizy wariancji (ANOVA) są mniejsze od 0,05 dla dziedzin somatycznej i socjalnej, co oznacza, że jakość życia w tych domenach zależy od poziomu wiedzy. Posługując się testem HSD Tukeya, potwierdzono, że:

- w dziedzinie somatycznej osoby, które miały wiedzę raczej zadowalającą i te, którym trudno było określić poziom wiedzy na temat żywienia mają lepszą jakość życia od osób z wiedzą zdecydowanie niezadowalającą;
- w dziedzinie socjalnej osoby, które posiadały wiedzę raczej zadowalającą cechowały się lepszą jakością życia od osób mających wiedzę na poziomie zdecydowanie niezadowalającym.

W badaniu ustalono także zależność między wskaźnikiem BMI a jakością życia badanych (tab. 5). Uzyskane wartości  $p$  powyżej 0,05 sugerują, że jakość życia osób badanych w żadnej z dziedzin nie zależała od ich wskaźnika masy ciała.

## Dyskusja

Przez prawidłowe żywienie rozumie się regularne spożywanie takich pokarmów, które dostarczają organizmowi optymalnych ilości energii i zalecanych składników odżywczych we właściwych proporcjach i z odpowiednią częstotliwością [9]. W badaniach nad związkiem nawyków żywieniowych osób uczestniczących w rehabilitacji w ramach środowiskowego domu samopomocy zwraca się uwagę na czynniki, które

**Tabela 4.** Zależność między poziomem wiedzy na temat prawidłowego żywienia a jakością życia badanych  
**Table 4.** Relationship between the level of knowledge about proper nutrition and the quality of life

Dziedzina jakości życia	Wiedza na temat prawidłowego żywienia										ANOVA
	Zdecydowanie niezadowolająca		Raczej niezadowolająca		Raczej zadowolająca		Zdecydowanie zadowolająca		Trudno powiedzieć		
	Ś	SD	Ś	SD	Ś	SD	Ś	SD	Ś	SD	
Somatyczna	41,7	11,3	45,3	12,09	55,2	12,8	53,06	15,2	55,4	15,8	F = 3,523 p = 0,01
Psychologiczna	47,0	14,5	50,4	12,3	58,5	11,7	59,52	19,8	57,5	18,6	F = 2,007 p = 0,1
Socjalna	41,6	11,1	49,5	16,7	63,2	16,2	55,95	26,2	62,1	25,0	F = 3,655 p = 0,008
Środowiskowa	44,0	14,8	49,1	14,2	58,8	18,8	55,8	27,3	58,5	23,1	F = 1,756 p = 0,144

mają znaczenie w prawidłowym odżywianiu i zalicza się do nich: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, warunki socjalne, czy obecność objawów chorobowych powodująca brak lub nadmierny apetyt [10]. W innych opracowaniach wskazuje się na dostępność produktów spożywczych, sytuację socjalną i ekonomiczną badanych oraz niski zasób wiedzy odnośnie niefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom cywilizacyjnym [11].

Wyniki badań własnych wykazują, że grupę badanych osób charakteryzował nieracjonalny sposób żywienia oraz nawyki żywieniowe niesprzyjające zapobieganiu chorobom przewlekłym. Szczególnie negatywne nawyki związane są z nadmiernym spożyciem soli w diecie (44%), stosowaniem cukrów prostych (88%) oraz spożywaniem niezalecanych węglowodanów złożonych (73%). Jest to zjawisko tym bardziej niepokojące, że wśród badanej grupy stwierdzono znaczne rozpowszechnienie czynników ryzyka schorzeń, takich jak nadwaga (31% badanych), otyłość (12% ankietowanych) czy nadciśnienie tętnicze (28% osób badanych). Uczestnicy badania popełniali nie tylko błędy związane z doбором składników pokarmowych, ale też zbyt małą liczbą posiłków zaplanowanych w ciągu dnia. Z grupy badanych jedynie 25% ankietowanych spożywało cztery posiłki dziennie, a tylko 4% badanych pięć posiłków dziennie. Wniosek z tego, że pozostali badani nie stosują się do zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia, który dla dorosłych Polaków ustalił liczbę posiłków na poziomie 4–5 dziennie [9]. Warto również zwrócić uwagę, że aż 62% badanych w przygotowywaniu posiłków kierowało się upodobaniami smakowymi, a tylko 16% dokonywało swoich wyborów żywieniowych, kierując się przesłankami zdrowotnymi.

Odnosząc się do bardziej szczegółowych wyborów zachowań o właściwościach prozdrowotnych i produktów, które stały się przedmiotem oceny poprawności nawyków żywieniowych u osób biorących udział w przeprowadzonym badaniu własnym, dokonano jej oceny według stosowania zasad diety śródziemnomorskiej, która dostarcza w pożywieniu odpowiednich proporcji białka, tłuszczu, węglowodanów, błonnika, składników mineralnych i witamin [12]. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że niecała jedna trzecia uczestników badania spożywa warzywa codziennie, a 40% uwzględnia owoce w codziennej diecie.

W pracy podjęto próbę oceny, czy istnieje zależność między jakością życia a wartościami BMI osób badanych. Nie potwierdzono jednak zależności pomiędzy zmiennymi.

Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że istnieje zależność pomiędzy poprawnością nawyków żywieniowych a psychologiczną domeną jakości życia. Można powiedzieć, że im bardziej prawidłowe

**Tabela 5.** Wartość BMI a jakość życia osób badanych**Table 5.** Surveyees' BMI values and their quality of life

Dziedzina jakości życia	Korelacja z BMI			
	Współczynnik korelacji	p	Kierunek zależności	Siła zależności
Somatyczna	0,003	0,98	–	–
Psychologiczna	0,102	0,312	–	–
Socjalna	0,086	0,397	–	–
Środowiskowa	0,068	0,502	–	–

nawyki żywieniowe, tym lepsza jakość życia w dziedzinie psychologicznej. Badania własne wykazały także zależność pomiędzy deklarowanym poziomem wiedzy na temat prawidłowego odżywiania a jakością życia w domenach somatycznej i socjalnej badanej grupy osób. Osoby deklarujące wiedzę na poziomie raczej zadowalającym i te, którym trudno ją określić mają lepszą jakość życia od osób, które oceniły swoją wiedzę na poziomie niezadowalającym. W dziedzinie socjalnej badani wskazujący na wiedzę raczej zadowalającą posiadają lepszą jakość życia od uczestników badania, którzy subiektywnie ocenili swoją wiedzę jako niezadowalającą.

Uzyskane wyniki badań wskazują na konieczność kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zwiększania świadomości ich znaczenia w utrzymaniu zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Modyfikacja nieprawidłowych nawyków żywieniowych powinna być jednym z elementów rehabilitacji, wpływającym znacząco na stan zdrowia oraz jakość życia uczestników terapii. Dlatego konieczne jest, by w opiece tego typu promować style żywieniowe sprzyjające zdrowiu oraz służyć wsparciem w dokonywaniu zmian sposobu odżywiania u osób w niej uczestniczących.

## Wnioski

Osoby badane charakteryzują się nieracjonalnym sposobem żywienia oraz nawykami żywieniowymi niesprzyjającymi zapobieganiu chorobom przewlekłym.

Do istotnych czynników mających wpływ na dokonywanie wyborów żywieniowych przez osoby badane należą: upodobania własne (62%), nawyki żywieniowe wyniesione z rodziny pokoleniowej (30%) oraz cena produktów (23%).

Badani cechujący się bardziej prawidłowymi nawykami żywieniowymi, posiadają wyższą jakość życia w dziedzinie psychologicznej.

Uczestnicy badania, którzy deklarują posiadaną wiedzę na temat żywienia na poziomie raczej zadowalającym lub którym trudno było określić jej zasób

cechują się lepszą jakością życia w dziedzinie somatycznej od osób, które oceniają swój zasób wiedzy na poziomie zdecydowanie niezadowalającym.

Badani oceniający swoją wiedzę jako raczej zadowalającą posiadali wyższą jakość życia w dziedzinie socjalnej od osób, które uznały swoją wiedzę jako zdecydowanie niezadowalającą.

## Piśmiennictwo

1. Cianciara D. Społeczny wymiar żywienia — zadania dla promocji zdrowia w Polsce. *Hygeia Public Health* 2011; 46 (1): 21–24.
2. Kołłajtis-Dołowy A., Schlegel-Zawadzka M. Upowszechnianie wiedzy o żywieniu. W: Gawęcki J., Roszkowski W. (red.). *Żywnienie człowieka a zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009; 254–269.
3. Grześkowiak J., Grześkowiak A., Kiejda J. Zasady i funkcjonowanie środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. *Pielęgniarstwo Polskie* 2000; (24–25): 93–97.
4. Wądołowska L. Żywieniowe podłoże zagrożeń zdrowia w Polsce. Wyd. UWM, Olsztyn 2011; 65–74.
5. Jaroszewski K., Mojs E., Samborski W. Konteksty historyczne i filozoficzne badań, jakości życia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2009; 3 (33): 334–237.
6. <http://www.eckp.wroclaw.pl; data pobrania: 01.02.2016>.
7. Konstańczyk S. Zdrowie, jako wartość ogólnospołeczna. *Studia Ecologiae et Bioethicae* 2012; 10: 23–34.
8. Czyżowicz K., Skorupska A. Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu- podsumowanie. W: Wilczek-Rużyczka E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Wyd. I, Czelej, Lublin 2007; 220–224.
9. Jarosz M., Respondek W., Wolnicka K. i wsp. Zalecenia dotyczące żywienia i aktywności fizycznej. W: Jarosz M. (red.). *Normy żywienia dla populacji polskiej nowelizacja*. IŻŻ, Warszawa ROK?: 1–8.
10. Kawalec E., Reczek A., Porębska A. i wsp. Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2011; 2 (35): 27–33.
11. Waśkiewicz A. Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków — badanie WOBASZ. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91 (2): 233–237.
12. Mizgier M., Jeszka J., Jarząbek-Bielecka G. Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia. *Nowiny Lekarskie* 2010; 79: 451–454.